FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 600

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Problème étiologique de la Pelade

PAR

Joseph LEMÉE

Né à Alençon, le 8 Janvier 1877.

Président : M. le Professeur GAUCHER,

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur.

RENNES

IMPRIMERIE FR. SIMON, SUCCESSEUR DE A. LE ROY

IMPRIMEUR BREVETÉ

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD.	DUVAL (Pierre)	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LŒPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (André)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	GUILLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS.	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (André)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBE (Marcel)	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU.	LANGLOIS	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LECÈNE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/problemeetiologi0000jose

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PROBLÈME ÉTIOLOGIQUE DE LA PELADE

INTRODUCTION

La pelade est, d'après la définition donnée dans *la Pratique Dermatologique*, une forme d'alopécie caractérisée : 1° par la chute totale ou presque totale des poils de la région atteinte sans lésions préalables des téguments, et 2° par la forme arrondie des taches alopéciques et leur limitation nette, au moins au début, sauf dans un petit nombre de cas où le processus très rapide décalve d'emblée des surfaces étendues. Pour être complète et précise, la définition doit être longue. C'est qu'en effet il est malaisé de définir une maladie dont les lésions anatomiques sont banales et dont l'étiologie est incertaine.

La recherche des causes qui peuvent engendrer la pelade a captivé depuis longtemps l'esprit des dermatologistes. Du reste, la réponse au problème n'est pas encore donnée et il faudra de la sagacité et de l'observation pour arriver à une solution. Notre but n'est point de tran-

cher la question, mais bien seulement de fournir une très modeste contribution à l'étude du problème. Ce qui nous a décidé à choisir ce sujet, c'est que nous avons relevé certains faits pouvant jouer un rôle étiologique, et nous les enregistrons avec l'espoir qu'ils aideront pour une petite part à la découverte de la vérité.

Les observations que nous publions ont été prises à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de Monsieur le Docteur Bodin, professeur à l'École de médecine. Nous avons été guidé dans notre travail par ses excellents conseils et nous sommes heureux de lui témoigner à cette occasion l'expression de notre vive reconnaissance et de nos plus respectueux remerciements.

Nous prions aussi Messieurs les Professeurs de l'École de Médecine de Rennes, Messieurs les Professeurs adjoints, Messieurs les Chefs de Clinique d'agréer l'hommage de notre reconnaissance pour leurs doctes leçons. Nous garderons un impérissable souvenir de nos années d'étude passées sous leur direction.

Monsieur le Professeur Gaucher a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre plus respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Avant d'aborder la question de l'étiologie de la pelade, disons tout d'abord que nous ne traiterons ici que la pelade proprement dite. Sont par conséquent exclues de ce sujet d'étude les dépilations consécutives à l'accouchement, aux pyrexies, notamment à la fièvre typhoïde ; l'alopécie syphilitique ; les alopécies dites traumatiques, c'est-à-dire provoquées par des irritations telles que celles produites par le frottement de peignes, d'épingles à cheveux ; les alopécies parasitaires (favus, teigne) ou inflammatoires dues à l'érysipèle, à des abcès ou à des furoncles ; enfin les alopécies atrophiques, les cicatrices et le vitiligo. Nous ne traiterons pas non plus des pseudo-pelades de Brocq, dont l'évolution, l'aspect macroscopique et microscopique, la topographie, le pronostic sont différents de la pelade vraie.

Cette délimitation clinique énoncée, nous allons mainte-

nant voir de quelle façon les dermatologistes ont envisagé la pelade à travers les âges. Nous empruntons à Sabouraud la division en trois époques de l'histoire de la pelade. Nous ne parlerons pas de l'ère de Celse qui le premier cependant donna une description scientifique de cette dermatose mais qui n'en indiqua pas la cause ; ni de l'époque où Willan fut embarrassé pour assigner une place à la pelade dans les cadres étroits de sa classification.

En somme, la première période commence avec Bateman et dure jusqu'à Cazenave. La maladie est étudiée au point de vue symptomatique et descriptif, sans qu'on lui reconnaisse de caractère contagieux.

Pendant une seconde période qui va de 1845 à 1897, en France, tout le monde dermatologique croit à son origine parasitaire, à sa contagiosité ; on cherche seulement à la démontrer sans la mettre en doute.

A partir de cette époque, on nie l'origine parasitaire de la pelade et son pouvoir contagieux ; on cherche son origine en dehors de toute action microbienne.

L'homme qui a représenté la seconde période est Cazenave, qui établit les rapports de la pelade et du vitiligo et fut l'âpre adversaire de l'hypothèse parasitaire émise par Bazin.

C'est Bazin qui fit la pelade parasitaire et sut imposer son opinion même à la génération médicale qui suivit la sienne, celle de Lailler, de Vidal, de Besnier, génération qui précéda la nôtre et qui l'instruisit. Notons aussi les recherches de Sabouraud.

A la troisième époque, la pelade non contagieuse et non parasitaire eut pour protagoniste Lucien Jacquet, dont les travaux sont encore dans toutes les mémoires. Il établit la non-contagion par onze cents inoculations négatives et tenta de donner à la pelade une théorie pathogénétique nouvelle.

Les travaux de Jacquet ont deux objectifs différents : il a voulu détruire et il a voulu réédifier ; détruire la fausse opinion qu'on se faisait de la pelade et réédifier une théorie de son origine.

Nous allons successivement passer en revue les diverses opinions émises au sujet de l'étiologie de la pelade : rien à dire sur la première période, où l'on ne s'occupe pas de l'étude des causes. Nous consacrerons un chapitre à l'étude de la pelade considérée comme contagieuse et parasitaire et nous dirons quelles furent les conséquences de cette conception ; puis nous exposerons la théorie de Jacquet, la pelade d'origine dentaire. Enfin nous terminerons en disant la façon dont nous envisageons la question et en citant des faits à l'appui de nos assertions.

CHAPITRE II

La Pelade contagieuse et parasitaire.

Cette théorie de la pelade contagieuse et parasitaire a été la première théorie émise. Elle a eu pour principaux défenseurs Sabouraud, Hallopeau, etc.

Sabouraud, dans un article paru dans les *Annales de Dermatologie*, en 1896, expose cette théorie dans les termes suivants :

L'idée directrice de son travail, dit-il, est de supposer la pelade contagieuse et parasitaire. Je sais bien, ajoute-t-il, qu'affirmer, après tant d'auteurs, la contagiosité de la pelade peut paraître inutile à tous ou presque tous les dermatologistes de France, mais il n'en est pas de même à l'étranger, et c'est pourquoi cette discussion n'est pas déplacée ici.

Sabouraud constata d'indéniables transmissions, mais il avoue que bien des fois il n'a pu se rendre compte du mode de propagation de l'infection. Mais aussi, s'empresse-t-il d'ajouter, que pourraient dix mille faits négatifs contre un certain nombre de faits positifs bien observés ? Le fait positif prouve la contagion ; les faits négatifs prouvent seulement qu'il n'est pas possible de la retrouver toujours.

Et quand on ne sait pas comment s'est produit la contagion, il faut incriminer les instruments du coiffeur qui eux seuls peuvent créer les effractions nécessaires à la pullulation du contage dont ils sont souillés.

L'agent du contage, continue Sabouraud, est un être vivant et, dans le cas de la pelade, un parasite. Et pour prouver son assertion, Sabouraud poursuivit exclusivement pendant un an des recherches bactériologiques sur les surfaces peladiques. Plus de quinze espèces microbiennes furent isolées une à une, cultivées, puis inoculées sans résultat, puis recherchées sur le cuir chevelu de certains sujets non peladiques.

Le poil peladique, quand il est microbien, montre, neuf fois sur dix, les microbes de la séborrhée. Dans tous les cas, il peut porter certains micro-organismes qui sont toujours fréquents sur le cuir chevelu de l'espèce humaine.

Mais il est des cas où le cheveu peladique est amicrobien et il l'est souvent, dit Sabouraud.

Quand il est microbien, on y peut trouver les micro-organismes les plus divers ; ceux qu'on rencontre avec le plus de régularité sont au nombre de six :

1) Une levure blanche ;

2) Une levure jaune ;

3) Un bacille subtiliforme (*bacillus mesentericus*) ;

4) Un bacille en forme de navette, très difficilement colorable ;

5) Un micrococcus spécial que Sabouraud désigne provisoirement sous le nom de *micrococcus cutis communis* ;

6) Enfin la spore de Malassez : *flachen bacillus* d'Unna, qu'il désigne sous le nom de *Bacillus asciformis*.

Puis l'auteur étudie ces deux derniers microbes, tout en reconnaissant qu'on les rencontre chez tous les séborrhéiques.

Cette étude de la superficie de la plaque peladique que Sabouraud appelle « l'étude à ciel ouvert », est suivie d'une étude dans la profondeur, l'étude souterraine. Mais déjà Sabouraud est convaincu de la contagiosité. Et la preuve en est que l'organisme lutte avec véhémence contre l'invasion microbienne par les processus habituels de défense d'un organisme attaqué. Et suivent alors des considérations et développements prouvant la façon dont l'organisme lutte au niveau de la plaque peladique.

Sabouraud termine son étude en décrivant la phase microbienne spécifique de la pelade. Après d'assez nombreuses biopsies, Sabouraud affirme avoir rencontré un bacille qu'il appelle le *microbacille de l'utricule peladique*. Et il décrit ce bacille avec ses méthodes de coloration. Sous l'influence du travail fait par ce bacille, l'utricule se vide. La papille sous-jacente émet ses derniers produits de formation : un amas pigmentaire amorphe mêlé de cellules corticales du cheveu, difformes, qui est excrété au dehors et repousse la colonie microbienne hors de l'utricule où elle était logée. On peut surprendre ce phénomène et dans l'utricule déshabitée on trouve : ici des résidus pigmentaires brunâtres, là une colonie microbienne nouvelle (*Bacillus asciformis*, long bacille subtiliforme, micrococcus) ce sont

des intrus qui ont trouvé l'habitation vide, l'utricule béante et l'ont occupée.

Et Sabouraud, après l'énoncé précédent, se demande si le microbacille de l'utricule peladique n'est pas le microbe de la pelade ? L'utricule peladique, répond-il, est la lésion initiale de toute pelade ; c'est aussi une lésion fermée au moins au début de l'affection, incluse complètement dans la peau. Elle contient à ce moment un microbe très spécial, toujours le même. La pelade est en somme une infection microbienne, mais fugitive, laissant derrière elle une intoxication profonde.

Mais Sabouraud se garde toutefois de rien affirmer au sujet du microbe incriminé, car il n'a pu le différencier avec absolue certitude du microbe découvert par Unna, Eugman et Hodora dans le comédon de l'acné, microbe qu'on retrouve aussi dans les séborrhées sébacées huileuses.

Dans toute hypothèse, l'étude de cette espèce microbienne s'impose comme nécessaire parce que, spécifique ou non, elle se montre constante et unique dans la pelade aux points précis et aux moments mêmes où la clinique et l'histologie démontrent que la maladie est active.

Maintenant que la théorie de Sabouraud est exposée, nous citerons aussi une théorie analogue formulée par M. le Professeur Hallopeau dans un rapport fait au XV^e^ Congrès des Sciences médicales à Lisbonne. Ce rapport est encore en faveur du parasiticisme et de la contagiosité de la pelade. Voici les arguments allégués pour défendre cette

théorie : les uns sont en faveur du parasitisme, les autres sont destinés à ruiner la théorie réflexe.

I. — Arguments en faveur du parasitisme.

a) On observe des cas multiples dans des familles, des écoles, des groupements militaires, dans certaines localités ; ce sont des employés d'un même bureau, des clients d'un même coiffeur, des internes d'une même salle de garde à Saint-Louis, des infirmiers, des médecins d'un même service. Les religieuses seules restent indemnes, mais n'est-ce pas parce qu'elles ont la tête constamment couverte ?

Le professeur Lassar cite une épidémie de pelade qui a sévi sur douze agents de police casernés ensemble, ayant tous des lésions à la même partie du cuir chevelu, à la partie postéro-latérale de la circonférence crânienne.

b) Un des caractères des maladies parasitaires est leur défaut d'ubiquité. On sait que le favus est plus fréquent à la campagne que dans les grandes villes, et que tous les pays ne sont pas également contaminés par la syphilis, la tuberculose, la trichinose, la maladie du sommeil, etc. Il en est de même pour la pelade, et la preuve, c'est qu'en Russie elle est extrêmement rare, tandis qu'en France elle est fréquente. Comment s'expliquer cette immunité des Moscovites autrement que par l'absence de germes infectieux parmi eux ?

c) Les caractères cliniques de la pelade sont ceux d'une maladie parasitaire. Parmi ces caractères, il faut mention-

ner la progression excentrique, la multiplication des plaques, deux puissants arguments en faveur de l'origine parasitaire.

d) La pelade est justiciable des parasiticides et des modificateurs du milieu : non traitée ou mal traitée, elle se multiplie. Témoin ce malade, cité par Hallopeau, chez lequel on substitua au traitement parasiticide jusqu'alors employé, un traitement à la pilocarpine et chez lequel on constata simultanément un agrandissement et une multiplication des lésions peladiques.

II. — Arguments contre la théorie réflexe.

Suivant M. Jacquet, la cause la plus habituelle de la pelade serait une lésion dentaire ou péridentaire. A cette théorie, Hallopeau oppose les faits suivants :

a) La pelade est très rare chez les malades atteints d'affections dentaires et péridentaires.

b) La pelade guérit par l'emploi exclusif de parasiticides appropriés, sans que l'on s'occupe de l'état des dents, aussi rapidement que lorsqu'on procède autrement.

c) L'hypothèse de réflexes provenant d'une autre source n'est pas plus vraisemblable. Il s'agirait de réflexes trophiques ; or ces réflexes qui semblent d'une grande rareté, ne se produisent pas dans les conditions où l'on voit paraître la pelade. Ce qui les caractérise constamment, c'est leur disposition symétrique, en hauteur ou transversalement, avec celle de l'altération initiale. Rien de sem-

blable généralement dans la pelade, où l'on voit, au contraire, les plaques d'alopécie se multiplier sans ordre dans toutes les parties du cuir chevelu et de la surface tégumentaire, y compris les ongles.

Et pour expliquer la symétrie assez fréquente et si remarquable des lésions peladiques, Hallopeau invoque l'altération d'une partie de la surface cutanée qui rend la partie similaire favorable au développement d'une altération de même nature.

Une objection sérieuse que l'on faisait à la théorie d'Hallopeau était celle du résultat négatif des inoculations. L'auteur y répond en disant que l'agent infecteur séjourne dans les couches profondes du derme et qu'il n'arrive à la surface cutanée que par périodes indéterminées et qu'on conçoit de la sorte qu'une pelade, stérile pendant la plus grande partie de sa durée, acquière momentanément un pouvoir infectieux et contaminant des plus intenses.

Tel est le résumé des conclusions formulées par Hallopeau en faveur de la théorie parasitaire et contagieuse de la pelade.

Cette théorie de contagiosité eut pour effet les conséquences suivantes : on prit des mesures sanitaires sévères à l'égard des peladiques, spécialement en ce qui concerne leur admission dans les écoles et les diverses administrations.

La phrase de proscription avait été écrite par Brocq en 1887 et était celle-ci : « Comme il est encore impossible de donner des caractères différentiels précis, permettant de

reconnaître la contagiosité ou la non-contagiosité des diverses lésions peladiques et d'établir rigoureusement si une pelade donnée est transmissible de l'homme à l'homme ou ne l'est pas, il faut, jusqu'à ce que ce diagnostic soit possible, interdire l'entrée des écoles communes à tous les enfants atteints de pelade.»

Brocq regretta plus tard d'avoir écrit cette phrase et exprime ses regrets dans un article paru dans le *Journal des praticiens* du 28 novembre 1900. Mais il signale certains faits en faveur de la contagiosité : celle de la contamination d'un amant et de sa maîtresse ; trois cas chez mari et femme ; quelques cas chez des parents, père, mère et enfants; quelques cas chez des coiffeurs. Il semble donc, conclut-il, que l'observation clinique démontre que la pelade peut se transmettre de l'homme à l'homme et peut même, comme certains auteurs l'ont soutenu, se faire de l'animal à l'homme.

« Mais que sont donc ces faits positifs en comparaison de l'énorme quantité de faits négatifs que nous observons chaque instant ? » avoue Brocq.

Brocq approuve certaines mesures édictées par Besnier et la Commission de l'Académie de médecine : les médecins devront étudier chaque cas de pelade et devront tâcher de découvrir s'il s'agit d'une forme contagieuse ou non. Mais il avoue qu'en pratique on se heurtera à de nombreuses difficultés.

Une phrase du règlement lui semble sévère : Le peladique ne peut réclamer son admission ou sa conservation

comme un droit. » Elle exclut, dit-il, tout simplement les peladiques de tous les établissements publics. Il serait suffisant, ajoute-t-il, que le peladique se soigne et qu'il ait la tête constamment couverte.

Quant aux mesures prises contre les peladiques de la première enfance, elles étaient draconiennes : la non-admission, l'exclusion ou l'isolement devaient être la règle parce que pour les enfants de cet âge la rigueur de ces mesures n'a pas la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés en âge et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

Pour les enfants plus âgés, suivant les cours des écoles primaires, il sera possible de les admettre, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié, tête couverte par une perruque si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, par un bonnet seulement dans les cas moins intenses.

Dans tous les cas où des sujets peladiques conservés par tolérance seront devenus le point de départ manifeste de cas nouveaux, cette tolérance cessera aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraîne, de plein droit, l'élimination immédiate de tous les malades.

Ce règlement sévère a été en vigueur pendant longtemps quoique critiqué d'une part par les contagionistes qui trouvaient exorbitant cette permission de recevoir un peladique dans un établissement public, et d'autre part par les non-contagionistes qui trouvaient les mesures de précau-

tions exigées du peladique comme vexatoires. Toutefois, malgré ces critiques diverses et opposées faites à ce règlement sanitaire, Brocq reconnaît l'utilité de ses « admirables prescriptions » mais réclame l'attention des pouvoirs publics et des médecins sur le sort des peladiques dans les agglomérations encore trop nombreuses où ils subissent le sort des teigneux.

CHAPITRE III

La Pelade d'origine dentaire.

(PELADE DE JACQUET)

L'hypothèse de la contagiosité de la pelade ayant été très discutée, comme nous l'exposerons plus loin, il fallait bien mettre quelque chose à sa place.

Le Dr Laumonier, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, du 30 mai 1905, dit que c'est à Jacquet que revient le mérite d'avoir en France établi que la pelade a une origine trophonévrotique. On avait bien à l'étranger étudié cette question, mais c'est au clinicien français Jacquet que l'on doit la découverte des relations curieuses qui existent entre les troubles évolutifs ou lésionnels gingivo-dentaires et la pelade.

Il s'est attaché à montrer, avec quelques détails, comment la pelade est de telle sorte liée aux altérations gingivo-dentaires qu'il y a entre ces altérations et la dermatose, dit-il, une relation certaine de cause à effet.

Et Jacquet prouve son assertion en disant que tout d'abord il y a rapport chronologique entre les irritations gingivales et dentaires et l'apparition de la plaque peladique. Cette apparition est, la plupart du temps, postérieure de

quatre à six semaines en moyenne ; quelquefois cependant elle peut être presque simultanée ; d'autres fois elle est au contraire très retardée (trois mois et plus). Ce rapport chronologique ne peut toujours être établi avec certitude, car il est beaucoup de cas où des phénomènes subjectifs plus sourds échappent à l'attention du patient, et le rapport par suite, paraît, à tort, absent. Aussi convient-il pour le préciser, d'examiner toujours la bouche du peladeux.

Puis Jacquet fait remarquer que si les irritations gingivo-dentaires jouent un rôle dans la production de la pelade, cette dermatose doit nécessairement être particulièrement fréquente à trois périodes de la vie : celle de la première dentition, de six mois environ après la naissance à la fin de la troisième année ; celle de la seconde dentition qui va de six ans et demi jusqu'à quatorze ans, et enfin celle, beaucoup moins fixe, de l'éruption des dents de sagesse qui s'étend généralement de vingt à trente ans. Or la pelade se développe bien effectivement de sept à quatorze ans et de vingt à trente, mais elle est très rare, exceptionnelle, de six mois à trois ans. Pourquoi cette exception pour le petit enfant, se demande Jacquet ? Il l'explique en disant que les cheveux du premier âge, à follicules superficiels, à mue facile, se prêtent mal à une dépilation bien limitée, mais montrent pourtant très souvent des clairières et des alopécies diffuses, mal circonscrites, et d'autre part, que l'éruption des incisives et des canines produit une irritation plus vive (convulsions, diarrhées, érythèmes, méningisme) que la poussée lente et sourde

des autres périodes de dentition, poussée provoquant une longue irritation gingivale spéciale, capable du retentissement chronique que traduit la pelade.

Au contraire, entre les périodes d'évolution dentaire, il y a une diminution manifeste, accusée du nombre des pelades.

Jacquet donne ensuite des règles qui sont la confirmation des rapports chronologiques indiqués précédemment. La production des accidents peladiques est, dans certains cas, sous la dépendance d'une excitation gingivo-dentaire, soit lésionnelle, irritative (carie, etc,), soit évolutive, qui toujours intéresse les terminaisons trigémellaires. Le syndrôme peladique traduit une irritation profonde partie de la sphère inférieure du trijumeau. La preuve topographique est formelle : l'aire peladique apparaît toujours du même côté que la crise gingivo-dentaire, lui est homolatérale. Quand cette crise est bilatérale, la pelade l'est également. On observe aussi, rarement il est vrai, de l'hémi-coryza, de l'hémi-épistaxis qui ne se montrent, lorsque la lésion est unilatérale, que du côté atteint. L'érythrose de la pommette et de l'oreille, l'hyperthermie de ces mêmes régions, l'hypothermie parfois, l'adénopathie sous-maxillaire, et enfin la tuméfaction amygdalienne sont plus fréquentes et suivent aussi la même loi d'homolatéralité.

Il y a des zones d'élection de l'ère alopécique, les zones dites « peladophores ». Par ordre de fréquence, voici quels sont les zones le plus souvent atteintes : tout d'abord et

surtout la zone de la nuque à la région sus-auriculaire postérieure, puis viennent la région maxillaire, la région pariétale, la région coronale moyenne et le vertex, enfin le golfe fronto-temporal. D'après cette classification, c'est donc la région nucho-mastoïdo-maxillaire qui est la zone peladophore par excellence (trois quarts des cas). Et la raison en est bien simple, c'est que cette zone correspond sensiblement à des régions d'innervation faible, minima; elle échappe à l'innervation riche du trijumeau, et participe seulement à l'innervation pauvre du plexus cervical superficiel, par la branche cervicale transverse. Cette circulation nerveuse insuffisante est une condition particulièrement favorable à l'éclosion des troubles trophiques.

Mais pourquoi, objectait-on à Jacquet, certains individus ont-ils un réflexe dentopilaire avec aires peladiques, alors que d'autres, en très grande majorité, ne le manifestent pas. C'est, répondait Jacquet, que la réaction pilaire n'est pas fatale. Il faut, pour qu'elle ait lieu, la réalisation de conditions favorables. Ces conditions sont l'hypothèse cutanée, les modifications de la sécrétion sudorale, ou, au contraire, l'astéatose et l'anidrose, capillaires ici dilatés ou bien là contractés. Ce sont des signes locaux que Jacquet appelle l'hypotonie généralisée que traduisent souvent des varices, des hémorroïdes, des varicocèles, des ptoses tels que hernies, rein flottant, entéroptose, dilatation gastrique, etc., et enfin la déchéance dentaire coïncidant avec une agénésie pilaire remarquable, coïncidence qui n'a rien de surprenant puisque poils et dents sont congénères et

dérivent d'un même processus histologique. Enfin, à côté de la lésion dentaire, Jacquet a observé dans certains cas d'autres lésions homolatérales, d'ordres divers, qui s'additionnent pour ainsi dire aux premières. C'est ce qu'il a nommé la sommation peladogène, c'est-à-dire une série de causes, agissant dans le même sens, s'associant, s'additionnant pour constituer une somme. Cette sommation peut être déterminée par une ou plusieurs conditions d'ordre général s'associant à une ou plusieurs conditions d'ordre local.

Par exemple, le surmenage peut être la cause générale provocatrice de la pelade, mais une lésion dentaire unilatérale tirera à elle et localisera l'influence peladogène.

D'autres fois, on trouvera l'association homo-latérale de deux facteurs locaux : l'éruption d'une dent de sagesse gauche et la tuberculose du sommet gauche.

La plaque de pelade aura son lieu d'élection du côté où siège un lieu de moindre résistance, qu'il soit de cause générale (tuberculose, etc.) ou de cause locale (mauvaise dent).

Pour terminer l'exposé de la théorie de Jacquet, nous devons signaler un fait important, noté par lui et L. Portes et publié dans les *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* parues en avril 1901, et dans lesquels il étudie la viciation hémo-urinaire dans la pelade.

La pelade, disent les auteurs de l'article, nous paraît associée à des troubles complexes de la nutrition. On trouve, en effet, au cours de cette dermatose, une série de pertur-

bations notables de la normale urinaire admise. Voici les plus importantes : la polyurie ; l'élévation du coefficient de déminéralisation, c'est-à-dire l'excès de l'élimination minérale, par rapport à l'élimination organique ; l'hyperchlorurie ; l'hypophosphaturie et l'hyposulfaturie ; moins fréquemment, mais souvent encore, la présence des pigments et acides biliaires, de l'albumine et des oxalates.

Telles quelles, ces constatations étaient insuffisantes, dit Jacquet, aussi les a-t-il établies sur de plus larges bases qu'elles ne l'avaient été jusqu'alors, et y fait-il figurer des distinctions intéressant le sujet lui-même, ainsi que le dégré et la variété de son affection. Enfin il introduit dans cette étude un élément nouveau et complémentaire : l'analyse chimique du sang.

Voici le résultat des recherches : les matières fixes urinaires expulsées atteignent dans les deux tiers des cas le double ou le triple de l'élimination normale. L'hyperchlorurie, c'est un des faits les plus saillants de cette étude, est un trouble presque constant ; il atteint le double, quelquefois le triple de l'élimination normale quotidienne. Par contre, il est remarquable de le voir revenir à la normale dans les pelades en repousse.

L'hypophosphaturie est, elle aussi, presque constante, et son taux est assez important. L'hyposulfaturie a aussi son importance.

En somme, dans la pelade, la viciation nutritive est trop fréquente, trop complexe, trop importante pour être négligeable. Et cette viciation urinaire que nous venons d'exa-

miner n'est, dit Jacquet, que le reflet d'une viciation sanguine. Dans une analyse de sang d'un peladique, on trouve une richesse anormale en cendres qui rend d'autant plus frappante la pauvreté en chlore et en sodium. Il y a une véritable déchloruration de l'organisme qui explique l'hypotonie locale et les hypotonies généralisées par déchéance de l'organisme.

Voilà résumées les théories relatives à l'étiologie : la théorie de la pelade contagieuse et parasitaire et la théorie de la pelade dentaire. Il nous reste maintenant à faire la critique des théories émises, et à terminer en exposant la façon dont nous concevons l'étiologie de la pelade basée sur des observations que nous citons à l'appui de nos assertions.

Et tout d'abord la théorie parasitaire a été mise en doute. On peut, nous semble-t-il, distinguer deux sortes de parasitisme : le parasitisme direct, la lésion microbienne ; et le parasitisme indirect qui peut-être la conséquence ultérieure d'un parasitisme ayant jadis existé et ayant créé un lieu de moindre résistance, favorisant l'éclosion de la maladie en ce point lésé.

Le parasitisme direct a été combattu par Jacquet, dans un article paru dans la clinique du 18 décembre 1908, en réponse à un article d'Hallopeau que nous avons analysé au début de notre étude.

Jacquet prend point par point les arguments émis par Hallopeau pour les réfuter.

L'extension excentrique invoquée par le partisan de la

théorie parasitaire est, dit Jacquet, le fait de presque toutes les dermatoses non contagieuses.

Quant à la médication parasiticide, ce n'est pas la seule à réussir ; quelquefois même, malgré elle, le mal s'étend, quoi qu'on fasse.

Les lésions des ongles n'ont pas grande valeur : ces lésions se retrouvent dans les maladies d'origine parasitaire telles que la trichophytie, le favus, etc, mais aussi dans les affections émanant de troubles trophiques.

L'inégalité de la distribution géographique est certaine, mais quelle maladie n'est pas dans ce cas. La très grande rareté en Russie, si elle est réelle, est éminemment défavorable à la thèse contagionniste, vu la saleté et la promiscuité dans laquelle croupit une partie de la population.

L'immunité habituelle des personnes qui ont constamment la tête couverte est une donnée qu'il faudrait d'abord vérifier. Les religieuses particulièrement visées ici ne font point faire d'inspection périodique de leur cuir chevelu ; et c'est bien souvent par autrui qu'on se sait peladique. Si le fait était reconnu exact, la théorie trophonévrotique s'en accommoderait tout aussi bien que la théorie parasitaire : vie réglée ; absence de préoccupations, de soucis, de surmenage ; paix du cloître, etc.

En ce qui concerne les cas de contagion, cités par Hallopeau, dans la salle de garde de Saint-Louis, dans les familles, les écoles, les bureaux et l'armée, Jacquet répond qu'il admet que la pelade est une maladie héréditaire et familiale, cite le cas de son frère et le sien où l'un et l'au-

tre furent atteints à la même époque d'une plaque de pelade, tandis que Jacquet vivait à Paris et son frère à Limoges et qu'ils ne s'étaient pas vus depuis plus d'un an.

Il ajoute que la contagion devrait être surtout fréquente entre époux vu l'incessante intimité des contacts ; or, elle est très rare.

Quant aux épidémies, spécialement celle dite « des sergents de ville », la contagion n'a pas été prouvée. Un autre fait raconté aussi par Jacquet est celui de la soi-disant contamination de deux chauffeurs d'automobile ayant servi successivement chez un même maître, ayant porté la même casquette. Le second contracta par contagion, au dire du patron, la pelade, dont le premier était atteint depuis près de deux ans. Après examen du malade qui avait présenté deux ou trois semaines auparavant, pendant cinq ou six jours, à la mâchoire supérieure droite, une assez forte névralgie dentaire et présentait encore une nette hyperesthésie des points faciaux, et une pulpo périostite de la première molaire supérieure, Jacquet affirma à celui-ci qu'il serait guéri dans cinq semaines, à la condition de faire soigner sa dent et de porter de nouveau la casquette de son prédécesseur! Le malade se conforma à la prescription de son médecin, ne fit aucun autre traitement et deux mois après était complètement guéri.

D'autres exemples sont cités pour détruire les idées de contagiosité, d'épidémicité, de parasiticisme de la pelade.

Nous ne parlerons pas des cas de simulation découverts plusieurs fois et effectués dans le but d'exemption de ser-

vice militaire, ou d'obtentions de mise en réforme ou de congé. Il est indubitable que, dans plusieurs cas cités chez les infirmiers de Saint-Louis, ou dans l'armée, la simulation a joué un rôle indubitable.

En somme, conclut M. Jacquet, pas un cas d'inoculation, de contagion, pas une épidémie n'ont été scientifiquement et contradictoirement observés et constatés : Cette phrase est un bloc que tous les efforts contagionnistes n'ont pu soulever encore.

M. le Professeur Gaucher ne partage pas l'opinion émise par Jacquet ; il cite des cas de pelade transmise d'homme à homme. Dans son *Traité des maladies de la peau*, à l'article consacré à la pelade, il dit qu'on ne trouve jamais, à l'examen microscopique, de parasites d'aucune sorte, dans le poil ni dans son intérieur, ni à sa surface. La seule chose qu'on constate est une atrophie pilaire.

Cependant, bien que le parasite ne soit pas connu, l'alopécie peladique paraît être contagieuse en certains cas. Toutes les épidémies de pelade, particulièrement chez les enfants dans les collèges, ne doivent pas être admises sans un point de doute,

Et le Professeur Gaucher termine en disant que certains cas de contagion sont prouvés, mais rares. L'influence du tempérament nerveux sur le développement de cette alopécie est considérable. La pelade apparaît parfois à la suite d'une vive émotion, d'un excès de travail intellectuel, sans que le peladique ait été en contact avec un sujet malade.

Et l'auteur nie l'existence de deux pelades : l'une nerveuse, l'autre parasitaire. Rien n'est moins prouvé, dit-il.

En réalité, il n'y a qu'une pelade, qui n'est contagieuse qu'à la faveur d'une déséquilibration permanente ou momentanée du système nerveux ; qui n'est contagieuse qu'à sa période microbienne. L'agent infectieux probable, mais inconnu, de la pelade agit surtout par ses toxines.

Dans les annotations faites à l'*Atlas* de Jacobi par M. le Professeur Gaucher, on lit la note suivante : « La contagion de la pelade n'est pas constante ; elle n'est même pas très fréquente, mais elle est certaine. La pelade est très vraisemblablement une affection microbienne et la contagion ne s'exerce qu'à la faveur d'une prédisposition spéciale qu'on trouve toujours dans une déséquilibration permanente ou momentanée du système nerveux. L'origine toxique de la pelade explique la longue durée de la maladie et ses récidives fréquentes, à longue échéance. De plus, elle permet de rapprocher l'alopécie en aires des autres alopécies infectieuses, notamment de l'alopécie en clairières de la syphilis secondaire et de l'alopécie des folliculites décalvantes. »

Les avis des dermatologistes sont encore partagés à cet égard. Néanmoins, les contagionnistes avouent que les faits de contagiosité sont rares ; certains faits même, dit le Professeur Gaucher, prouvent que la pelade ne serait pas contagieuse : femme et mari ne se contaminent pour ainsi dire jamais. On a vu une famille pauvre, nombreuse, où un seul sujet était peladique et dont les autres membres n'ont point été contaminés.

Reste alors l'autre explication étiologique : la pelade est d'origine dentaire. Il ne faut pas nier qu'il y a souvent un rapport de coïncidence entre un mauvais état de la dentition et une plaque de pelade. Cela n'a rien d'étonnant du reste, cheveux et dents dérivant d'un même processus histologique. Mais autre chose est de dire qu'il y a un rapport de cause à effet entre une lésion dentaire et une lésion peladique.

Nous citons plus loin des observations où l'étiologie dentaire ne peut être, à coup sûr, invoquée ; certains peladiques ont une excellente dentition. Du reste, les auteurs sont d'accord pour signaler des pelades non dentaires : Jacquet lui-même les admet ; Rousseau-Decelle, dans un article paru le 10 février 1909 dans la *Presse médicale*, dit qu'il est d'autres modes d'origine de la pelade, telles par exemple que les origines broncho-pulmonaires, gastro-intestinales, centrales, externes par traumatisme qui sont tout à fait légitimes.

Considérées en bloc, ces pelades non dentaires sont les plus nombreuses (deux tiers des cas environ).

Et, ajouterons-nous, parmi les peladiques à mauvaise dentition, cette lésion buccale ne peut souvent être seule mise en cause chez un même malade. Rousseau-Decelle cite par exemple le cas d'un malade à pelade dentaire typique à son avis, mais qui a dans ses antécédents une mère épileptique et peladique, une sœur peladique également ; lui-même est chétif, malingre, asymétrique, épileptique et tuberculeux. Avec cela c'est un grand hypoto-

nique ; il a des varices des membres inférieurs, un varicocèle et une orchidoptose double, une hernie inguinale double, une grande agénésie pilaire. Les lésions dentaires sont des dents temporaires, des dents saines et malformées, des dents aux érosions multiples.

Qu'est-ce qu'il faut invoquer ici comme étiologie ? On se demande si c'est vraiment le cas de faire valoir le mauvais état de la dentition. Rousseau-Decelle, à propos du traitement à appliquer à son malade, avoue que vouloir guérir une telle pelade par la seule intervention dentaire, c'est vouloir, quant toute la maison brûle, éteindre l'incendie en supprimant seulement la lampe qui l'a causé !

Comme conclusions de l'article, l'auteur estime que toute excitation partie d'un point quelconque de l'organisme est susceptible d'occasionner des répercussions dans tous les modes de la vie organique, chaque tissu réagissant suivant sa fonction propre. Il y a là tout un champ nouveau, encore presque complètement inexploré, que M. Jacquet a eu le grand mérite d'ouvrir aux investigations des chercheurs.

CHAPITRE IV

Hypothèse sur l'origine de la pelade.

En somme, ni la théorie parasitaire, ni la théorie dentaire ne suffisent à expliquer l'origine de la pelade. Il faut qu'une théorie explique tous les faits. Le défaut des théories précédemment exposées c'est d'être trop exclusives. Nous avons cette opinion que la pelade est un syndrôme dans lequel des causes diverses interviennent. Parmi ces causes, nous admettons très bien aussi les traumatismes divers, la dénutrition, les maladies infectieuses, etc.

La cause intime de l'apparition de la pelade, c'est la mort du poil, et cette mort est amenée par les causes les plus diverses, dont nous venons d'énumérer quelques-unes.

Anatomiquement, le poil meurt par atrophie de la papille. La papille pilaire cesse ses fonctions : elle n'est pas détruite complètement, car, si elle l'était, la repousse ne se produirait pas ; elle est seulement inhibée.

La déglabration, dit Sabouraud, auquel nous empruntons cette étude macroscopique et microscopique du poil peladique, est le phénomène capital, constitutif de la pelade.

Le cheveu peladique est un tronçon de cheveu long demeurant en place, ayant exactement la forme classique d'une massue, ou, pour prendre une comparaison plus exacte, ayant la forme et les proportions du point d'exclamation d'imprimerie.

Les dimensions en longueur sont très variables. Il peut avoir jusqu'à 2 centimètres de hauteur, le plus souvent il ne dépasse la peau que de 4 à 6 millimètres seulement.

Son sommet paraît renflé, il est seulement du diamètre normal des cheveux sains du voisinage. Mais son pédicule aminci perd de sa couleur à mesure qu'il perd de son diamètre pour devenir au niveau de la peau tout à fait incolore et presque invisible. Tel est le cheveu peladique.

Au point de vue histologique, voilà les phénomènes que l'on surprend en cas de pelade :

La papille pilaire graduellement s'amoindrit, s'efface et disparaît. La couche épidermique banale qui revêt en doigt de gant la face interne du follicule, recouvre alors simplement l'emplacement de la papille. Dès lors, le poil est détaché de sa base.

Sa racine bulbeuse perd successivement tous ses caractères, elle s'allonge, elle s'effile en fuseau. C'est le poil à bulbe plein, et, peu à peu ainsi détaché, il monte dans le follicule jusqu'à la surface de la peau.

Pendant ce temps, au dessous du cheveu expulsé, demeure en place le boyau épithélial folliculaire. Celui-ci émet obliquement un bourgeon qui va refaire plus bas une nouvelle papille, laquelle recréera un nouveau cheveu à bulbe creux.

Bulbe plein équivaut à dire : papille morte.

Donc le cheveu peladique est pour l'histologiste l'instrument enregistreur qui lui révèle la mort lente et progressive de la papille avec toutes ses phases. Et quand on cherche d'après la dimension du poil ce qu'a duré cette mort lente, on peut voir qu'elle est survenue en quinze jours au plus tôt et au plus tard en deux mois.

Ainsi s'exprime Sabouraud. Mais il n'explique pas la cause de la mort du poil à la façon dont nous l'envisageons.

D'après nous, pelade égale syndrôme, dans lequel il faut envisager :

1) le mécanisme pathogénique,

2) les conditions étiologiques,

3) les conditions individuelles.

I. — Le Mécanisme. — Il est univoque ; c'est la cessation temporaire des fonctions de la papille. Comment se produit ce mécanisme ? C'est là un point de physiologie délicat. Il y a évidemment un trouble de nutrition localisé en ce point qui est difficile à préciser.

Nous savons cependant que certaines toxines ou poisons microbiens peuvent amener une inhibition de la papille, par exemple la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la syphilis.

II. — Les conditions étiologiques. — Ce sont celles qui mettent en jeu le mécanisme précédemment indiqué. Elles sont, à notre avis, variables et très diverses.

Ces conditions sont ou d'ordre général, ou d'ordre local, ou d'ordre individuel.

1) *Causes générales.* — Tout d'abord la dénutrition, bien mise en relief par Jacquet et dont nous avons déjà parlé en exposant sa théorie.

L'analyse des urines des peladiques révèle un désordre trophique profond plus ou moins accusé, selon l'intensité de la maladie et montre, après le traitement de l'affection, une tendance au retour à la normale.

L'auteur de ces analyses conclut en disant que la défaillance maxima de l'énergie pilaire semble correspondre, dans l'ensemble, au maximum de la viciation urologique, de même la rectification des excreta et de leurs rapports semble favoriser la renaissance de la tricopoïèse. Et il ajoute que la nutrition est toujours plus ou moins troublée chez les peladiques. Et cette viciation urinaire n'est que le reflet d'une viciation sanguine se traduisant par une richesse anormale en cendres qui rend d'autant plus frappante la pauvreté chlore et en sodium, comme nous l'avons énoncé déjà plus haut.

Une autre cause, c'est la neurasthénie ; une autre cause encore c'est l'affaiblissement du système nerveux par suite de chocs moraux, de surmenage, etc. Ceci est vague, mais très réel. Enfin nous devons mentionner la syphilis ; nous en citons un cas (Obs. 77). Le fait est rare, mais il existe. Voici, du reste, une confirmation au fait que nous avançons, relevé dans les *Annales de Syphiligraphie* parues en mai 1911, où Sabouraud, à propos de la valeur de la réaction de Wassermann appliquée aux peladiques, constate qu'il y a des rapports entre la syphilis et la pelade, rares il est vrai,

dit-il, mais cependant réels en certains cas. Suivent les conclusions qu'il tire à ce sujet :

a) La réaction de Wassermann appliquée à la pelade affirme que la pelade ne fait pas partie intégrante de la syphilis en activité ;

b) Lorsqu'on applique à la pelade la réaction de Wassermann, on se rend compte que cette réaction ne peut, à elle seule, préciser la relation probable mais lointaine de certains cas de pelade avec la syphilis.

c) Si la syphilis contribue à la genèse de la pelade, comme cela paraît possible dans 25 et probable dans 14 pour 100 des cas de pelade pris au hasard, la réaction de Wassermann ne montre que dans 10 cas pour 100 l'existence de la syphilis active chez le peladique.

d) Dans la genèse de la pelade, la syphilis apparaît donc, non comme une cause première et directe, mais comme une cause accidentelle, relativement rare, ayant probablement le rôle d'une cause adjuvante, aggravante, mais d'importance secondaire.

Si la syphilis et la pelade sont assez rarement associées, comme le dit Sabouraud, il n'en est pas moins vrai que quelquefois la syphilis peut être invoquée dans la genèse de la pelade et nous devions la signaler auprès des autres troubles de la santé générale, des autres agents de la dénutrition plus fréquemment incriminés.

2) *Les causes locales* agissent probablement par voie réflexe.

Ce sont :

Les migraines,

Les névralgies dentaires ou autres,

Les lésions nasales,

Les lésions auriculaires,

Les traumatismes divers.

Jacquet cite l'exemple d'un malade qui reçut trois balles de révolver dont l'une pénétra dans la région frontale gauche et deux dans l'oreille droite. Quelque temps après, le blessé se présenta porteur de deux vastes aires peladiques situées au côté gauche du cuir chevelu, souffrant par intermittences dans la profondeur du crâne, à gauche, signale Jacquet.

Il y a probablement d'autres causes générales ou locales.

Mais pourquoi ces causes occasionnent-elles la pelade plutôt qu'autre chose ? C'est qu'interviennent d'autres conditions qui font l'objet de l'article suivant :

III. — Conditions individuelles. — Il y a probablement une condition individuelle prédisposant tel individu à faire de la pelade. C'est la prédisposition morbide dont parle Brocq.

Chez les peladiques, on trouve souvent des prédispositions héréditaires et des prédispositions acquises.

a) *Prédispositions héréditaires.* — Nous en donnons pour preuve le mémoire de Sabouraud et nos Observations n[os] 7, 11, 15, 16, 29, 33, 41, 49, 53, 56, 58, 59.)

Sabouraud, dans les *Annales de Dermatologie* de février 1911, trouve une proportion de 22 pour 100 de peladiques ayant des antécédents familiaux. Il a vu des frères et sœurs atteints de pelade, quelquefois à cinq et six ans d'intervalle

d'ailleurs, dont le père ou les oncles ont été peladiques une génération plus tôt. On connaît une famille ayant eu trois générations de pelade confirmée.

b) *Prédispositions acquises.* — Très souvent, chez les peladiques, on observe des pelades antérieures (Obs. 5, 7, 10, 15, 20, 32, 34, 48, 62, de l'agénésie pilaire (Obs. 56, etc.), des alopécies antérieures (Obs. 30, 40, 52) consécutives à la syphilis par exemple, où jadis le malade, après l'avoir contractée, aura fait une alopécie ; ou bien il aura eu autrefois une fièvre typhoïde et, à la suite de cette maladie, il aura perdu ses cheveux.

A noter enfin que le nervosisme, ce terme étant pris dans son sens le plus large, est certainement une prédisposition à la pelade. A cette occasion, nous signalerons deux sortes de nerveux. Il est des nerveux dont l'organisme permet aux émotions morales d'être plus facilement perçues et enregistrées, plus vivement ressenties, déterminant une grande réceptivité du système nerveux aux impressions du monde extérieur. Cette susceptibilité se manifeste chez l'individu par un état de surexcitation spéciale bien connue de tous et qui rend le diagnostic facile. Mais il ne faut pas oublier qu'il se trouve aussi des nerveux calmes, qui eux aussi ressentent les émotions d'une façon très vive et qui, malgré cela, ne trahissent pas leur état d'âme, paraissent très maîtres d'eux-mêmes, mais n'en sont cependant pas moins troublés.

Auprès de ces individus à système nerveux très sensible, nous avons une autre classe de gens à système nerveux

détraqué, émoussé. Ce sont les névropathes à type déséquilibré ou à type déprimé, tels que les neurasthéniques. Leur système nerveux se défend mal ; ils feront facilement une lésion justiciable d'un trouble d'ordre trophique, ils auront une plaque de pelade s'ils sont prédisposés à faire cette réaction morbide.

En somme, la théorie que nous venons d'exposer, c'est la théorie de Jacquet, mais plus étendue et plus élargie, dans laquelle les névralgies dentaires n'interviennent que comme une cause parmi beaucoup d'autres.

Telle qu'elle est, cette manière de voir est acceptable pour le moment, mais nous nous gardons bien de la considérer comme définitive. C'est une hypothèse qui nous paraît probable et qui peut actuellement nous servir dans l'étude de cette affection qui demande à être poursuivie.

Dans la seconde partie nous publions des observations personnelles que nous avons recueillies dans le service d'hôpital de M. le Dr Bodin.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant publier les observations que nous avons recueillies. Nous décrirons dans ce chapitre les lésions peladiques observées, puis nous mentionnerons les troubles de la santé générale au moment de l'examen du malade, ainsi que les lésions buccales qui seraient de nature à éclairer la question étiologique.

Nous avons scruté soigneusement aussi les antécédents personnels et héréditaires des malades, mais nous nous sommes borné à ne relater que les détails présentant quelque intérêt étiologique, que des faits de nature à nous mettre sur la voie de la vérité.

Observation I.

Mlle T..., 32 ans. Plaque de pelade siégeant à droite et au-dessus de la tête, de 6 centimètres de diamètre. A gauche, petite plaque de la largeur d'une pièce de deux francs,

Dentition très mauvaise; migraines fréquentes, survenant pour la moindre raison, spécialement à l'occasion de la perception d'odeurs. Nervosisme très net.

La malade ne signale aucun trouble semblable ni chez elle, ni dans sa famille.

Observation II.

Mlle M. J..., 14 ans. 27 février 1911. Plaque peladique, type arrondi, de 3 centimètres de diamètre, en arrière de la tête.

Douleurs cervicales qui, il y a trois mois, ont duré deux ou trois jours.

Observation III.

P..., 52 ans, mouleur. 24 janvier 1910. Pelade totale de la barbe. Au cuir chevelu, en arrière, trois plaques à contours réguliers, de 3 à 5 centimètres de diamètre. La peau est hypotonique, un peu grasse, avec dilatation des orifices. Au-dessus de l'oreille droite, vaste plaque allongée de 12 centimètres.

Dentition très mauvaise. Au maxillaire supérieur, presque plus de dents, et ce qui existe est carié. En outre, le malade est épileptique; bronchite suivie d'hémoptysie en 1883.

Observation IV.

Enfant F.... 2 mai 1910. Alopécie assez sérieuse en plusieurs plaques disséminées sur toute la tête. Hypotonie et type gras plutôt que atrophique.

Au mois d'octobre 1909, adénopathie à type inflammatoire à la suite d'une angine qui a duré quinze jours. Depuis cette époque, état général mauvais, bouffissure de la face.

Le 10 février 1911, l'enfant revient avec cinq plaques peladiformes et de l'atrophie cutanée. Grosse molaire gauche cariée.

Observation V.

L..., 37 ans. 13 mars 1911. Lésion peladique siégeant au sommet du cuir chevelu.

A noter que le malade a perdu sa femme, il y a cinq mois, dans des conditions pénibles. Il y a un an, il eut une pelade analogue, au même endroit, liée à des névralgies dentaires.

Observation VI.

R..., 31 ans. 7 juin 1911. Décalvante totale (cuir chevelu, sourcils, barbe, organes génitaux, aisselle) datant de douze ans, survenue sans cause apparente.

Le malade est nerveux.

Observation VII.

F. L..., 30 ans. 1er juin 1911. En arrière, une plaque de 4 centimètres, classique. Cheveux cassés. A de mauvaises dents, mais n'en souffre pas depuis des années.

Antécédents personnels : Aurait eu une plaque de pelade autrefois, étant jeune.

Antécédents héréditaires : On ne connaît pas de cas de pelade dans la famille.

Observation VIII.

J. L..., 22 ans, étudiant. 30 mai 1911. Au sommet du cuir chevelu, une plaque de 2 centimètres de diamètre, classique. Cette lésion date de quelques jours. Cuir chevelu pityriasique. Début sans cause apparente, mais, il y a trois mois, a eu de gros ennuis. Système nerveux très sensible, du type dépression, très net. Insomnie, dépression génitale.

Deux dents cariées non douloureuses.

A. P. : Attaque de neurasthénie il y a deux ans, à type déprimé. Typhoïde à 9 ans, scarlatine.

A. H. : Mère névropathe.

Observation IX.

Mme de J.... 24 mai 1911. Tout le cuir chevelu présente des aires peladiques ressemblant à l'alopécie syphilitique. Chute abondante. Début il y a deux mois environ, sans

cause appréciable. Dents très mauvaises, sans névralgies. Migraines très fréquentes et très pénibles.

A. P. : Une plaque de lichen à la jambe gauche. Jamais eu de pelade.

Observation X.

X..., 38 ans. 24 mai 1911. En arrière, plusieurs plaques confluentes. Il y a deux ans, certaines plaques ont guéri. Il en est revenu d'autres et, depuis ce début, il n'a jamais été guéri complètement.

A. P. : Père paralysé et une sœur également paralysée.

Observation XI.

Mme C..., 26 ans. 19 mai 1911. Plaque de pelade classique à droite, datant d'un an. Début au moment d'émotions et de soucis (maladie et mort de son mari). Nervosisme. A maigri depuis un an.

A. : Maux de tête fréquents, a eu de très mauvaises dents, mais les a fait toutes enlever. Un peu de nervosisme. Ethylisme non douteux.

A. P. : Il y a trois ans, une pelade sans cause qui a bien guéri.

A. H. : Père et mère nerveux. Une sœur a eu de la pelade.

Observation XII.

V..., 48 ans. 25 février 1911. Pelade de la barbe à

gauche sur la partie latérale du menton, diamètre de 4 centimètres. Une plaque symétrique à droite.

Bonne dentition. Toutes les dents malades ont été soignées, deux ont été arrachées sur conseil de Jacquet.

Digestion défectueuse, ballonnement après les repas, constipation. Nervosisme assez marqué.

A. P. : Fistule anale il y a dix-huit ans, ayant guéri après opération. Fils âgé actuellement de 24 ans, bien portant mais nerveux, et qui a eu pelade de la tête pendant cinq à six ans, avec plaques récidivantes qui ont très bien guéri.

Observation XIII.

A. de R..., 13 ans 1/2. 19 février 1911. Au sommet, à gauche, trois plaques ovalaires de 3 centimètres : type avec hypotonie, en évolution.

Dents toutes très bonnes. Ongles avec striation longitudinale, sans ponctuation. Adénite cervicale latérale à type strumeux.

A. P. : En mai 1910, forte angine. Début de la pelade en juillet. Dans son enfance, étouffements, palpitations.

A. H. : Père syphilitique. Une sœur coxalgique.

Observation XIV.

X..., jeune garçon de 16 ans. 5 mai 1911. Au sommet, une plaque de pelade ovalaire 4×3 centimètres, une autre au-dessus de l'oreille gauche, peau atrophique poils cassés autour, en points d'exclamation.

Début il y a un mois, sans cause.

A. P. : Rougeole étant enfant.

A. H. : Nervosisme chez frères et sœurs. Bronchite chez le père.

Observation XV.

Jeune femme, 30 ans, 6 mai 1911. Plusieurs plaques de pelade, petites, type œdémateux. Dents mauvaises, pas de névralgies.

A. P. : A 15 ans, chute de cheveux peladique, qui a très bien guéri.

A. H. : Père et deux frères ont eu la pelade.

Observation XVI.

Mlle M. C..., 16 ans. 6 mai 1911. Trois plaques peladiques, classiques en arrière, de 4 à 5 centimètres de diamètre. Cheveux fragiles et cassés. Début il y a deux mois.

On ne trouve comme cause qu'une amygdalite en septembre 1910, ayant duré jusqu'en avril 1911. La pelade a commencé en mars 1911.

A. P. : Une scarlatine il y a quatre ans.

A. H. : Oncle paternel et oncle maternel ont eu de la pelade. Mère nerveuse, ayant eu de l'ichtyose et du psoriasis.

Observation XVII.

Mme S..., 66 ans. 4 mai 1911. Deux plaques peladiques

de 4 et 5 centimètres de diamètre, du type atrophique. Début il y a quatre mois.

N'a plus de dents et seulement des racines non douloureuses. Nervosisme assez marqué.

A. P. : Pelade il y a dix ans, à la suite de nombreux soucis; guérison en quatre mois. Zona il y a quinze ans.

Observation XVIII.

P. M..., 10 ans. 21 mars 1911. En arrière, à droite, une grande plaque de 8 centimètres. A gauche, au sommet, une petite plaque.

Au maxillaire inférieur gauche, une molaire cariée; au maxillaire inférieur gauche, deux, et au maxillaire gauche une seule. L'enfant en souffre de temps en temps, depuis plusieurs mois et, en tout cas, avant la pelade. Nervosisme très marqué.

A. P. : Pendant deux ans, a eu des peurs la nuit avec réveil brusque, cauchemars, mais cela a disparu depuis deux ans.

A. H. : Mère a eu de fréquentes bronchites.

Observation XIX.

Mlle X..., 16 ans. 8 février 1911. Décalvante totale ayant amené la dépilation de tout le cuir chevelu. Etat gras du cuir chevelu. Ongles petits et élargis. La dépilation

s'est faite en quelques semaines, après un surmenage pendant la moisson.

Dents excellentes, pas une de cariée.

A. P. : Pas encore réglée. Sujette aux rhumes.

Observation XX.

R. C..., 20 ans. Janvier 1911. En arrière, deux plaques peladiques, classiques, de 3 centimètres, datant de novembre 1910. Ces plaques ont débuté trois mois après le début de la syphilis. A eu, il y a dix ans, une pelade en plaques irrégulières, qui a duré quatre ans, et qui a bien guéri. Ces plaques récidivaient constamment, sans siège spécial.

Observation XXI.

Mme B..., 27 ans. Plaque peladique déprimée en arrière de la tête, de 2 à 3 centimètres. Le début a passé inaperçu, mais, il y a six semaines, migraines et névralgies particulièrement intenses.

Mal réglée; règles douloureuses, en retard, s'accompagnant de migraines. Il y a seize ans, trois plaques péladiquesqui ont guéri en quelques mois. Nervosisme.

Observation XXII.

Mme T..., 30 ans. 20 novembre 1909. Une plaque en avant, près de la bordure, de 4 à 5 centimètres, et à gauche

une toute petite. Poils en points d'exclamation, un peu d'hypotonie. Début il y a deux mois, sans cause. Six semaines auparavant, période de fatigue ayant duré trois semaines, avec énervement très grand et insomnies.

Dentition mauvaise : toutes les dents sont cariées, pas de névralgies. Nervosisme très grand, points névralgiques du dos.

La malade a guéri en un mois.

Observation XXIII.

M. C. R..., 23 ans. Début il y a onze ans, et depuis n'a jamais guéri. Toute la périphérie du cuir chevelu est atteinte, front et tempes dégarnies. Zones larges et diffuses au-dessus des oreilles. En arrière, large plaque au-dessus de la nuque. Alopécie en placards diffus. Caractères atrophique et atonique de la peau.

Dentition mauvaise. Nervosisme très marqué.

A. P. : Au moment du début de la pelade, le malade signale de l'affaiblissement, accompagné de diarrhée ayant duré plusieurs mois et signale aussi un défaut de développement général (resté petit jusqu'à 18 ans).

A. H. Père et mère nerveux. Le malade est l'aîné de six enfants. Une sœur a eu une alopécie grave, qui a guéri; un frère est mort à 3 ans, de convulsions.

Observation XXIV.

C..., 35 ans. 12 octobre. 1909. Une plaque de 5 centi-

mètres sous la région du menton, à gauche, datant d'un mois; hypotonie.

A. P. : Otite à droite. Nervosisme marqué, le malade dit qu'il se tracasse pour la moindre chose.

A. H. : Père névropathe; cheveux devenus blancs en six mois, soigné pour nombreuses plaques de pelade. Deux sœurs soignées pour alopécie diffuse après accouchement.

Observation XXV.

Mlle A. B..., 19 ans. 5 août 1911. Deux plaques en arrière près de la nuque, l'une en bordure, de 3 à 4 centimètres. Une petite plaque au sommet. Début en décembre 1909, après une période de plusieurs mois de névralgies dentaires très vives. Amaigrissement, pendant cette crise, 2 kgs. 500. Un peu de nervosisme.

Observation XXVI.

A. D..., 31 ans. 29 juillet 1910. Une plaque, à la partie postérieure du cuir chevelu, de 6 à 8 centimètres, trois à la barbe. Sur toute la tête, chute de cheveux marquée.

Quelques névralgies dentaires depuis des années. Dents très mauvaises.

Observation XXVII.

Mlle B..., 7 ans. 25 juillet 1910. Au sommet, une plaque de 3 centimètres et une autre de 1 centimètre environ. Au-

tour, œdème assez net. Pityriasis du cuir chevelu et du visage. Nerveuse. Il y a six semaines, une lésion dentaire à gauche avec inflammation et fluxion. La joue a présenté un gonflement qui a duré trois à quatre jours, sans abcès. Il persiste une molaire cariée.

Observation XXVIII.

G..., 54 ans. 19 juillet 1910. Une petite plaque en arrière, 3 centimètres de diamètre, arrondie, séborrhéique d'aspect. Début il y a quinze jours.

Mauvaises dents; migraines depuis deux mois, tous les deux ou trois jours. Diabète léger et intermittent. Nervosisme très marqué. Depuis deux mois, soucis de famille.

Observation XXIX.

Mme G..., 45 ans. 18 juillet 1910. Au sommet et à droite en arrière, deux plaques de pelade, l'une de 5 à 6 centimètres, l'autre de 2 à 3 centimètres, surface œdémateuse, avec hypotonie.

Nerveuse, migraines fréquentes, névralgies. Très bonne dentition. Préoccupations au sujet de deux enfants.

A. P. : Phlébite à la suite d'une couche. Pleurésie sèche il y a six ans.

A. H. : Mère a eu une alopécie en plaques au sommet de la tête, à 40-45 ans.

Observation XXX.

Mme A. M..., 32 ans. 30 juin 1910. Une plaque peladique arrondie, régulière, de 4 centimètres, au-dessus de l'oreille gauche. Surface en hypotonie. Date de deux mois et demi.

Il y a deux ans, mauvaises dents extraites ou soignées. Depuis cinq à six ans, amaigrissement ayant déterminé une perte de poids de 7 kilogrammes.

A. P. : Fièvre typhoïde il y a trois ans, à la suite de laquelle chute de tous les cheveux, qui ont repoussé ensuite très bien au bout de quelques mois.

Observation XXXI.

Mme A. L..., 30 ans. 25 juin 1910. Quatre plaques : trois au sommet, une en bordure près de la tempe droite. Peau amincie. Début il y a trois mois, après deux mois de maux de tête à caractère migraineux.

Bonne dentition actuellement, mais autrefois dents cariées, toutes enlevées.

A. P. : Bronchites l'hiver. A eu jadis une brûlure intéressant tout le côté droit de la face, et qui a laissé une cicatrice.

A. H. : Mère paralysée.

Observation XXXII.

Mme L..., 34 ans. 10 juin 1910. A la partie latérale droite

de la tête, une plaque peladique de 2 centimètres de diamètre, avec un peu d'atrophie cutanée au centre. Début il y a un mois, sans cause apparente, mais, il y a quinze jours, vives préoccupations de famille.

A. P. : A du pityriasis de la tête. Déjà plusieurs fois pelade : une fois, à l'âge de 10 ans, une plaque qui a bien guéri. Depuis a eu quatre enfants, et quatre fois de la pelade après l'accouchement. Nervosisme; mal réglée.

Observation XXXIII.

L. J..., 26 ans. 28 avril 1910. Au cuir chevelu, en arrière et au-dessus de l'oreille droite, plaques peladiques. A la nuque, vaste placard composé de deux plaques de 4 à 5 centimètres de diamètre chacune. Début il y a dix-huit mois.

Dents cariées. Toute l'année 1908, surmenage par travail considérable et amaigrissement à ce moment. Nervosisme marqué.

A. P. : Pneumonie à 21 ans, à gauche. Rhumatismes à 15 ans.

A. H. : Père a eu pelade ou alopécie en aire de nature inconnue.

Observation XXXIV.

Mlle A. L..., 15 ans. 4 avril 1910. Une plaque peladique classique du sommet. Pityriasis simplex abondant. Cheveux noirs parsemés de blancs assez abondants.

A. P. : Réglée irrégulièrement depuis un an. A eu déjà une plaque peladique il y a quatre ans, mais a bien guéri.

A. H. : Mère, 42 ans, toute grise. A commencé à blanchir à 19 ans, presque subitement, après le décès de son père. A eu des attaques de rhumatisme.

Grand'mère a blanchi en quelques jours, à 29 ans, à la suite d'une couche.

Le père de la malade a blanchi également en trois mois. à l'âge de 17 ans.

Observation XXXV.

G. C..., 34 ans. 21 mars 1910. Cultivateur vigoureux, atteint de décalvante totale de la tête, de la barbe et de tous le corps. Ongles striés transversalement. Début il y a trois ans par une plaque peladique à la nuque, qui est restée stationnaire pendant un an environ, puis s'est agrandie, et progressivement, en quelques mois, tous les poils sont tombés.

Mauvaises dents, mais ne font pas souffrir le malade.

A. P. : Avant le début de la pelade actuelle, le malade signale une période de plusieurs mois pendant lesquels il était, selon son expression, en mauvais train, mais il ne précise pas.

Six ans auparavant, le malade a eu un érysipèle de la face et du cuir chevelu, à la suite duquel il a eu une plaque de pelade à la nuque, qui a disparu en quelques mois.

Quelques migraines.

Observation XXXVI.

Mme B..., 26 ans. Décembre 1908. Plaque de pelade type avec forme arrondie à la nuque, du côté gauche, de 5 à 6 centimètres de diamètre. Début il y a un mois.

Nervosisme très marqué. Depuis un mois, hoquet perpétuel, sensation de boule, syncope. Dyspepsie très marquée, avec oxyures abondants. Dents mauvaises. Un ganglion cervical antérieur.

A. P. : Les oxyures durent depuis 7 ans 1/2, spécialement abondants depuis deux ans.

A. H. : Nervosisme du côté du père.

Observation XXXVII.

Mlle X..., 20 ans. 17 mars 1911. Une plaque de 4 à 5 centimètres à la nuque, à droite, près de la bordure. Cheveux en points d'exclamation. Peau hypotonique. Début il y a trois mois environ, un mois après une période de névralgies dentaires très vives occasionnées par une dent cariée du côté gauche et ayant amené de la périostite. Le tout a duré au moins quinze jours. Actuellement dents en bon état.

A. P. : Crise d'anémie il y a quelques années.

Observation XXXVIII.

Mlle S..., 25 ans. 6 décembre 1911. Plaque unique datant de deux mois, à la tempe gauche, de 5 à 6 centimètres de diamètre. Hypotonie.

Dents très mauvaises, névralgies surtout à gauche. Début à la suite de vives préoccupations et chagrins (perte d'un fiancé tuberculeux que la malade a soigné et veillé), qui ont déterminé de l'affaiblissement, de l'anémie, de l'amaigrissement.

A. P. : Nervosisme. Bronchites assez fréquentes.

Observation XXXIX.

M. R..., 30 ans. 11 janvier 1910. Une plaque peladique, ovalaire, de 3×2 centimètres en arrière. Un peu d'hypotonie.

Pas de névralgies dentaires depuis longtemps, mais a de mauvaises dents. Avant l'apparition de la pelade, période de surmenage pendant un mois et précédant de quinze jours l'apparition de la plaque.

C'est la troisième plaque peladique qui se produit ainsi. Ces plaques guérissent en sept à huit mois et se produisent toujours après surmenage.

A. P. : Autrefois arthrite du genou avec ankylose. Séborrhée rebelle du cuir chevelu.

Observation XL.

M..., 45 ans. 16 septembre 1909. Depuis deux mois et demi, une plaque à gauche et trois à droite dans la région de la barbe.

Pas de lésions dentaires, pas de névralgies ni de maux de

tête, mais très grand nervosisme et préoccupations très vives (femme ivrogne, perte de sa mère, etc.).

A. P. : Il y a un an, une plaque peladique à la barbe, qui a guéri. Il y a une trentaine d'années, attaque de paludisme, et, depuis, quelques accès chaque année. En 1896, quelques mois après de violents accès paludiques, le malade a présenté une chute de cheveux générale, qui a guéri en quelques mois.

Observation XLI.

C. R..., 30 ans. 13 décembre 1909. Paysan atteint depuis juin 1909 de pelade, qui a commencé à la barbe et qui a débuté par du blanchiment, puis par une petite plaque. Maintenant tout le sommet de la tête est pris.

Douleurs de tête depuis longtemps. Ganglions cervicaux postérieurs.

A. P. : Adénites du cou, de l'aine, des aisselles. Toujours malade et surtout nerveux, se tracassant pour rien, et alors ne dormant pas. Il y a 7 à 8 ans, impetigo avec croûtes du cuir chevelu.

A. H. : Père a eu une pelade qui a bien guéri.

Observation XLII.

Mlle R..., 12 ans. 1er décembre 1909. Au niveau de la tempe, à gauche, plaque de 6 à 8 centimètres. Un peu d'hypotonie. Début il y a trois à quatre semaines. Dans les se-

maines qui ont précédé, une dent cariée en avant, qui est tombée. L'enfant en a souffert.

A. P. : Scarlatine il y a dix-huit mois, à la suite de laquelle l'enfant a présenté du rhumatisme empêchant les mouvements de la tête et du cou, dont le malade ne souffre plus, mais qui ont laissé de la raideur surtout dans les mouvements en arrière.

Observation XLIII.

A..., 39 ans. 24 novembre 1909. Deux plaques classiques, l'une à gauche au cou, l'autre sous le menton droit, avec poils blancs à la bordure.

Début il y a quatre mois, et auparavant fortes migraines pendant plusieurs semaines, à la suite de vives préoccupations.

Peau séborrhéique et calvitie avancée, ayant débuté à 26 ans. Mauvaises dents.

A. P. : Rhumatisme à 25 ans.

Observation XLIV.

Mlle D..., 26 ans. 18 novembre 1909. Une plaque en avant à 2 centimètres de la bordure, de 4 à 5 centimètres en repousse sur les bords. Début il y a seize mois, à la suite de névralgies très vives et sous l'influence de fatigues, amaigrissement très marqué. La pelade a débuté deux mois après.

Maintenant les névralgies ont cessé, mais il reste une dent cariée.

Observation XLV.

Mme P..., 26 ans. Octobre 1909. Une plaque de 4 à 5 centimètres de diamètre à la nuque.

Le sommet du poumon droit offre à l'auscultation une respiration rude et une expiration prolongée. Etat général mauvais, amaigrissement, affaissement à la suite de préoccupations.

A. P. : Deux accouchements antérieurs; les deux enfants sont morts en bas âge (choléra infantile). Bronchites fréquentes. Nervosisme très marqué.

Observation XLVI.

F..., 48 ans. 14 juin 1909. Quatre plaques peladiques au cuir chevelu. Deux plaques à la barbe. Hypotonie du cuir chevelu.

Dents très mauvaises, mais pas de névralgies. Les plaques sont survenues trois semaines après des vertiges, bien probablement d'origine gastrique. Nervosisme. Alopécie séborrhéique très nette.

A. P. : Gastrique éthylique. Quatre enfants, dont un a eu une plaque peladique, laquelle a bien guéri par avulsion de racines dentaires.

Observation XLVII.

F..., 9 ans. 24 avril 1909. A la région pariétale droite

une plaque de 5 centimètres, arrondie, datant de quatre mois. Pas d'hypotonie.

Pas une dent gâtée, pas de névralgies, ni de céphalée. Pas nerveuse. Etat général excellent.

Revue le 25 *mai*, la malade présente deux autres petites plaques. L'état de la première est stationnaire.

Le 3 juillet, l'extension des plaques continue. La moitié de la tête est déglabrée. Etat général excellent, on ne trouve rien.

Le 2 août : cuir chevelu déglabré presque partout. Très bon état général.

Le 25 septembre, décalvante totale. Etat général parfait.

Observation XLVIII.

Mlle P..., 29 ans. 20 février 1909. Deux petites plaques de 3 centimètres, en avant. Une plaque assez grande à la nuque. Date d'un an.

Dentition excellente; jadis une dent mauvaise soignée par un dentiste. Pas de névralgies.

Début, dix-huit mois après une opération pour un fibrôme utérin.

Nervosisme assez marqué. Avant sa pelade, la malade a eu des préoccupations de famille très vives.

Revue le 29 juillet 1909 : nouvelles plaques sur le cuir chevelu. Les sourcils tombent. Il y a un abcès dentaire à droite avec sensations névralgiques durant depuis un mois.

Observation XLIX.

P..., 42 ans. 26 juin 1909. Au cuir chevelu, quatre ou cinq plaques classiques. Un peu d'hypotonie.

Quelques mauvaises dents, mais n'occasionnant pas de souffrances. Un peu de nervosisme.

A. P. : A eu déjà une pelade il y a quatre ans.

A. H. : Une sœur a eu de l'alopécie à la puberté, ressemblant à de la décalvante, et au moment d'une anémie. Anémie et alopécie ont guéri en quelques années.

Observation L.

J. P..., 18 ans. 21 juin 1909. Deux petites plaques rondes dans la région de la nuque, datant de deux mois.

Auparavant a eu, pendant plusieurs semaines, une poussée de furoncles au cou.

A. H. : Père a eu de la pelade.

Observation LI.

I..., 38 ans. 31 octobre 1908. Une plaque de 3 centimètres du côté gauche de la tête, deux plaques au menton. Hypotonie nette des plaques.

Une grosse molaire à droite est cariée. Nervosisme marqué.

Six à huit semaines avant l'apparition de la pelade, une poussée de rhumatisme articulaire subaigu, classique, fébrile.

A. P. : Rhumatisme à 21 ans. — Il y a deux ans, forte secousse morale : sa femme, neurasthénique, s'est tuée en se jetant sous un train.

Observation LII.

G..., 31 ans. 4 juin 1909. Décalvante totale du cuir chevelu. Début il y a vingt mois, à la barbe. A ce moment et dans les mois qui ont précédé, rien à signaler; pas de névralgies dentaires, mais le malade, qui est gendarme, avait été envoyé dans le Midi pour des grèves, et il y est resté trois mois.

Le malade, revu un an après, possède sur toute la tête des poils follets abondants, mais qui ne deviennent pas adultes.

Observation LIII.

Mme M..., 59 ans. 25 mai 1909. Une plaque de pelade au-dessus de l'oreille droite, à caractères classiques, avec hypotonie. Date de deux mois, précédée d'une grippe ayant duré trois semaines, avec fièvre et maux de tête. Nervosisme très marqué.

A. P. : En 1906, trois plaques de pelade, suite de grippe. En 1905, alopécie diffuse, suite de grippe également. Névralgies faciales très fréquentes. Depuis, les dents sont tombées et les névralgies ont beaucoup diminué. (Les alopécies sont venues longtemps après les périodes de névralgies dentaires.)

Observation LIV.

Mlle B. B..., 32 ans. Au cuir chevelu, pelade type en aires multiples. Les plaques sont survenues deux à trois mois après une forte poussée de névralgies faciales.

Depuis dix-sept ans, la malade a des névralgies faciales très fréquentes; elle a des dents très mauvaises. Un peu d'albumine; quelquefois les jambes enflées.

A. P. : Un peu de nervosisme. Une pneumonie et une pleurésie.

A. H. : Père mort albuminurique. Un frère a eu une pelade. Un cousin germain a eu une décalvante totale.

Observation LV.

Mme H.... 34 ans. 3 mai 1904. Une plaque à la nuque de 4 centimètres. Pas d'hypotonie de la plaque. Mauvaises dents, névralgies dentaires fréquentes avec sensibilité de la tête. A eu une forte poussée deux à trois mois avant l'apparition des plaques de pelade.

A. P. : Attaques de rhumatisme. Très nerveuse.

Observation LVI.

G..., 40 ans. 2 mai 1909. Une plaque peladique type sur la tempe droite; une petite en arrière; quatre ou cinq à la barbe.

Très mauvaises dents. Névralgies et migraines, avec

poussée intense cinq à six mois avant l'apparition de la pelade. Nervosisme marqué. Calvitie séborrhéique commençant.

Observation LVII.

Mlle X..., 20 ans. 13 mai 1908. Depuis cinq mois, pelade en aires multiples, serpigineuses, dont deux en bordure.

Peu développée physiquement; état général médiocre, moral très affecté. Gastralgie. Pas réglée depuis près de trois mois. Nervosisme. Pas d'altérations dentaires.

A. H. : Père et mère nerveux. Père ayant eu après fatigues de l'anémie et une pelade en aires multiples, dont deux plaques n'ont pas repoussé, car elles ont été ulcérées par un traitement irritant.

Un frère, à l'âge de 21 ans, a eu de l'agénésie pilaire de la barbe.

Observation LVIII.

X..., 34 ans. 6 mai 1908. Homme vigoureux atteint de pelade datant d'un mois et demi, à la partie supérieure du cuir chevelu. Peau grasse et hypotonique.

A. P. : Il y a huit ans, bras gauche coupé par une machine à battre; a souffert beaucoup pendant quinze jours. Deux mois après, pelade analogue à celle que l'on observe maintenant et qui a duré un mois.

Santé excellente, mais un peu de nervosisme et d'excès alcooliques.

Observation LIX.

Mme X..., 41 ans. 15 octobre 1908. Depuis huit jours, deux plaques peladiques classiques de 3 à 4 centimètres de diamètre, l'une au sommet, l'autre au-dessus de l'oreille gauche. Il y a deux mois, maux de tête violents sans cause apparente. Dents mauvaises, mais n'a pas eu de névralgies dentaires depuis longtemps. Nervosisme marqué. Surmenage par travail toute la journée sans arrêt.

A. P. : Fièvre typhoïde il y a douze ans, à la suite de laquelle la malade a fait une alopécie.

A. H. : Mère nerveuse, a eu une alopécie à la suite de la typhoïde et est devenue presque chauve à 50 ans.

Trois sœurs ayant peu de cheveux.

Le fils de la malade a eu à sept ans une pelade en aires multiples qui a duré cinq mois. Il avait déjà présenté auparavant une pelade ayant duré un an.

Observation LX.

G..., 24 ans. 17 octobre 1908. Deux petites plaques peladiques classiques, l'une de 4 centimètres, l'autre de 2 centimètres, datant de deux mois, survenues sans cause apparente. Individu vigoureux (85 kilogs) et en excellente santé. Pas de nervosisme. Deux ou trois mauvaises dents, mais sans névralgies.

A. P. : Une bronchite il y a quatre ans.

A. H. : Père bien portant, âgé de 72 ans. Nerveux; a eu plusieurs fois de la pelade.

Deux sœurs, dont une nerveuse qui a eu deux ou trois fois des plaques de pelade durant plusieurs mois et guérissant

Observation LXI.

M. R..., 44 ans. 24 novembre 1908. Décalvante totale du cuir chevelu, sauf une petite zone indemne en arrière. Barbe toute tombée. La chute complète s'est effectuée en trois mois.

Le malade a eu,dans les mois qui ont précédé l'apparition de la pelade, de très vives préoccupations de situation, accompagnées d'insomnies;

Puis a présenté une phtiriase du cuir chevelu, et c'est à ce moment que la pelade a commencé.

Dents très mauvaises et a des névralgies depuis des années. Nervosisme marqué.

Observation LXII.

H..., 18 ans. 21 février 1909. A la région de la nuque deux grandes plaques de 5 centimètres et trois petites arrondies, classiques, datant d'un mois environ et s'étendant rapidement.

Etat général bon. Deux mauvaises dents à droite, en bas.

Observation LXIII.

X..., 35 ans. 22 avril 1909. Pelade en aires multiples,

à contours serpigineux. Peau en hypotonie; à la périphérie, poils atrophiés.

Dents ont été soignées il y a un an, et toutes les mauvaises ont été arrachées. Pas eu de névralgies. Bien portant, mais nerveux.

A. P. : Pelade dure depuis l'enfance : à 10 ans, plaques pendant plusieurs années. Depuis, en a eu trois fois au moins, et chaque fois, plusieurs plaques qui se guérissent en cinq ou six mois avec repousse complète. La pelade actuelle dure depuis deux ans.

A. H. : Père nerveux. Une sœur nerveuse avec accidents paralytiques à 20 ans. Ni pelade, ni chute des cheveux dans la famille.

Observation LXIV.

X..., 50 ans. 30 avril 1909. Une plaque de pelade type au-dessus de l'oreille gauche, datant de quinze à vingt jours.

Calvitie avancée. Névropathie manifeste. Obésité; troubles gastralgiques.

A. P. : Il y a dix ans, le malade a présenté des plaques de pelade qui ont guéri en quelques mois.

La pelade actuelle est survenue après une période de névralgies dentaires. Dents très mauvaises.

A. H. : Père et frères tous chauves de bonne heure et tous extrêmement nerveux.

Observation LXV.

G..., 13 ans. 29 février 1909. Depuis trois semaines,

plaques alopéciques dans le cuir chevelu, disséminées irrégulièrement d'une moyenne de 4 à 5 centimètres de diamètre. Etat gras de la tête.

A. P. : Conjonctivite survenue quelques jours avant l'apparition de la pelade.

Observation LXVI.

H..., 25 ans. 15 février 1909. Petite plaque peladique à la partie supérieure du cuir chevelu, à gauche, ovalaire. Presque pas d'hypotonie.

A. P. : Le malade présente depuis plusieurs mois des étouffements après les repas. Névralgies, nervosisme.

Observation LXVII.

G. J..., 11 ans 1/2. 6 janvier 1904. Pelade à type ophyasique à la nuque, durant depuis un an.

A. P. : Toujours bien portant; dents excellentes.

Observation LXVIII.

L. J..., 9 septembre 1904. Depuis quinze jours, le malade présente une dépilation située au-dessus des oreilles et au niveau de la nuque. Il y a en tout une quinzaine de plaques ayant 3 à 4 centimètres de diamètre, incomplètement dépilées. — Calvitie séborrhéique au niveau du frontal.

A. P. : Bonne santé habituelle, mais, depuis un certain temps et avant l'apparition de la pelade, douleurs de dents très nettes.

Observation LXIX.

L..., 9 ans. 10 juin 1903. Pelade de la région postérieure de la tête, à contours irréguliers. Début il y a trois semaines

A. P. : L'enfant est émotif.

A. H. : Le père est névropathe.

Observation LXX.

L..., 14 septembre 1903. Pelade il y a un an au niveau de la partie latérale gauche du menton. Deux mois après, plaques de la tête au niveau de la région occipitale gauche et de la tempe droite.

Pityriasis gras du cuir chevelu avec alopécie commençante à type séborrhéique.

A. P. : Le malade accuse une lésion croûteuse à la lèvre, qui aurait précédé la lésion du menton. Tempérament nerveux. Pas de lésions dentaires, ni névralgies. Quelques excès d'alcool.

Observation LXXI.

C. A..., 22 ans. Septembre 1907. A la partie postérieure du cuir chevelu, une plaque de pelade d'aspect classique, venue il y a deux mois. Une mauvaise dent à gauche.

A. P. : Très nerveux. Changement d'habitudes et de pays; émotions, quelque temps auparavant.

Observation LXXII.

P..., 46 ans. Pelade de la barbe depuis neuf ou dix ans, qui n'a jamais repoussé. Il y a six mois, plaque peladique un peu au-dessus de la nuque à gauche, d'un diamètre de 7 centimètres. Epaisissement de la peau à ce niveau.

Rien de particulier au début de cette pelade.

A. S. : Autrefois, attaques de rhumatisme au nombre de trois, ayant duré chacune de quatre à six semaines.

Observation LXXIII.

Vve D..., 3 juin 1904. Malade présentant au niveau de la partie postérieure et inférieure du cuir chevelu des plaques peladiques très nettes. En arrière, la plaque mesure 8 centimètres de diamètre; en haut, une autre mesure 3 à 4 centimètres et présente de l'atrophie de la peau.

Observation LXXIV.

S..., 19 ans. 27 février 1905. Pris, il y a quatre mois, de pelade du cuir chevelu. Actuellement décalvante, totale, ayant amené la chute de tous les cheveux, sauf un peu en bordure. Les sourcils commencent à tomber. Malade séborrheique, ayant des mauvaises dents, mais sans névralgies. Etat général excellent, pas nerveux.

A. P. : Dans le jeune âge, mal de Pott ayant occasionné une boiterie.

Observation LXXV.

K. P..., 5 ans. 7 septembre 1904. Présente depuis huit jours une plaque peladique sur la bosse occipitale gauche, de 10 centimètres de diamètre.

A. P. : L'enfant a eu la variole et une affection cutanée qui, au dire des parents, dura un mois. Très nerveux.

A. H. : Une sœur a eu une affection cutanée ayant duré dix-huit mois, non traitée.

Observation LXXVI.

L..., 2 juin 1911. Pelade étendue et grave du cuir chevelu ayant envahi le menton symétriquement des deux côtés. Début il y a dix mois, sans cause apparente.

Dentition relativement bonne : quelques dents sont cariées, mais pas douloureuses.

A. P. : Nervosisme léger. Pleurésie il y a trois ans. Signes non douteux de séborrhée. Commencement d'alopécie aux tempes.

Observation LXXVII.

L. P..., 27 ans. 30 mai 1911. Douze plaques réparties à peu près sur tout le cuir chevelu. Début des lésions il y a un an environ.

A. P. : Névralgies dentaires survenues avec l'apparition de la pelade. Dentition très mauvaise, surtout à la mâchoire supérieure. Adénopathie sous-maxillaire droite. — Bronchites à répétition pendant l'hiver.

Observation LXXVIII.

L. A..., 30 ans. 8 septembre 1906. Syphilis il y a dix ans. Nervosisme. Ictère il y a trois ans, à la suite duquel le malade a fait de la déchéance intellectuelle, de l'apathie, des douleurs aiguës dans les membres, des céphalées. Le malade est très affecté de cet état.

19 *octobre* 1908 : Amélioration ; le malade n'a plus de déchéance marquée comme il y a deux ans, mais il fournit difficilement un travail soutenu, a toujours des idées noires. Céphalées dans la seconde partie de la nuit et le matin, surtout à la nuque.

29 *janvier* 1909 : Amélioration notable des symptômes nerveux.

24 *janvier* 1910 : Neurasthénie beaucoup diminuée. Furonculose du cou.

24 *mars* 1910 : Bon état général.

2 *mai* 1911 : Le malade a au cuir chevelu, à la nuque, à droite, une plaque peladique de 2 à 3 centimètres de diamètre et une autre analogue à la barbe du même côté, datant de trois à quatre mois. Survenues en même temps qu'une série de furoncles à la nuque.

CONCLUSION

1) La pelade se présente actuellement en dermatologie comme un processus très complexe qui paraît loin d'être résolu.

2) Pour le moment, on peut admettre comme une hypothèse probable et, en tout cas, propre à faciliter l'étude que nous avons à poursuivre, que la pelade est un syndrome clinique, dû à la cessation temporaire des fonctions des papilles pilaires en des zones plus ou moins étendues du cuir chevelu et de la barbe.

3) Ce syndrome reconnaît comme conditions étiologiques des facteurs très variables et nombreux, difficiles à déterminer exactement dans l'état actuel de nos connaissances.

Les troubles graves de la nutrition, l'amaigrissement d'origine diverse ; les troubles graves du système nerveux par choc moral, surmenage etc, certaines maladies infectieuses, comme la syphilis, nous paraissent jouer un rôle non douteux. De même, les causes d'ordre local nous semblent intervenir dans l'étiologie de l'affection : névralgies dentaires ou autres, migraines, lésions des appareils oculaire, auriculaire, nasal.

4) Un fait paraît enfin très important, c'est que les causes précitées n'agissent pour déterminer la pelade que

sur des individus présentant une prédisposition spéciale, héréditaire ou acquise, vis-à-vis de cette affection, de telle sorte que la condition individuelle joue ici, comme en beaucoup d'autres dermatoses, un rôle de premier ordre.

Vu :
Le Professeur-Président,
Signé : E. GAUCHER.

Vu :
Le Doyen,
Signé : Dr LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Signé : L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1899.

ARNOZAU. — *Journal de Bordeaux*, 1888.

ARNING. — *Monatsh. für prakt. Dermat.*, 1894.

ABRAHAM. — *Med. press. and circular*, 1893.

AUDRAIN. — *Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, 1895.

ARCHAMBAULT. — *Journal de médecine de Bordeaux*, avril 1890.

BARRET. — Thèse de Paris, 1894.

BARTHEZ et RILLET. — Maladie des Enfants, 1842. T. III.

BASEDOW. — *Monatsh, f. prakt. Dermat.*, 1896.

BATEMAN. — Abrégé des maladies de la peau, 1820.

BAUMÈS. — Cutaneous Diseases, 1813.

BAUMÈS. — Nouvelle dermatologie.

BARTHÉLEMY. — *Annales de D. et S.*, 1893.

BAZIN. — Recherches sur la nature et le traitement des teignes, 1853.

BEHROUG. — *Virchow's Arch.*, 1887.

— *Berl. Klin. Woch.*, 1887.

BLASCHKO. — Compte rendu du Congrès internat. de dermat. Londres, 1896.

— *Monasthefte für prakt. Dermat.*, 1891.

BERNARD (Claude). — Pathologie expérimentale.

— Physiologie expérimentale.

— Système nerveux. T. I et III.

Bernard (Claude). — Phénomènes de la vie. T. I et II.

Berensprung. — *Annalen des Charité-krankenhause*, 1858, 1868.

— *Die Hautkrank*, 1859.

Bender. — *Dermat. Centralbl.* oct. 1898.

Besnier. — Rapport à l'Académie de Médecine, 1888.

Bettman. — *Archiv. für Dermat. und Syphil.* Vol. LXX, fasc. 1er, 1904.

Böck. — *Archiv. für pathol. Anat.*

Bourguedieu. — Thèse de Bordeaux, 1889.

— *Annales de Derm. et Syph.*, 1890.

Bourguet. — *Archives de médecine militaire*, 1887.

Bordouari (G.), (de Plaisance). — Vermi e Verminazione, 1885.

Bremzer. — Traité zoologique, Paris, 1824.

Brocq. — *Société de Dermatologie*, 8 janvier 1903.

— *Gazette hebd. méd. et chirurg.*, 1887.

— *Journal des praticiens*, 28 nov. 1900.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine et de thérapeutique. Tome III.

Brown-Séquard. — Leçons sur les vasomoteurs.

— Communication à la Soc. de Biol., 1879.

— *Journal de physiologie*, 1859.

Boyer. — Thèse de Paris, 1904.

Buchner. — *Virchow's Arch.*, 1878.

Bowen. — *Brit. Journ. of Derm.*, 1894.

Brault. — *Annales de Derm. et Syphiligr.*, 1897.

Bizzozero. — *Gazetta degli ospedali.*, 1884.

— et Firket. — Manuel de microscop. clinique, 1885.

Celse. — De re medica. Livre VI.

Crocker. — *British med. and surg. journal*, 1891.

— Diseases of the skin.

CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine T. III et IV.

— *Journal de physiologie*, 1859.

CHAPMAN. — *Lectures*, 1844, p. 216.

CHATIN et TRÉMOLIÈRES. — Collection Leauté, 1904.

CHAUFFARD. — *Semaine médicale*, 27 nov, 1895.

CIMA. — *La Pédiatrie*, octobre 1896.

CHATELAIN. — *Journal des maladies cutanées et syphilit.*, 1891.

CAZENAVE. — Dictionnaire de médecine.

COURRÈGES. — Thèse de Paris, 1874.

CHAMBARD. — Diction. des Sc. médicales.

DASTRE et MORAT. — Physiologie.

DAVAINE. — Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses, 1877.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de Médecine. T. V.

DÈHU. — Pratique dermatologique.

DEVALLET. — Thèse Paris, 1896.

DUNCAN BULKLEY — *Medical Record*, 1889.

DUBREUILH. — De la pelade, 1889.

— *Annales dermat. et syph.*, 1893.

DUCKWORTH and HARRIS. — *Trauact of the pathol. Soc. of London*, 1882.

DAUZATS. — Thèse Paris, 1901.

DARIER et LESOURD. — *Annales de dermat. et syphiligr.* 1898.

DE MOLÈNES.

DANLOS. — *Annales de D. et Syph.*

DELALANDE. — Thèse Bordeaux, 1895.

DEVERGIE. — Traité des maladies de la peau, 1894.

DUPLAY et MORAT. — *Archives générales de médecine*, 1873.

DÉJERINE. — *Archives de physiologie*, 1881.

Dubois. — *Annales de D. et S.*, 1910, p. 554.

Espine (d') et Picot — Manuel pratique des maladies de l'enfance.

Eyraud (d'Yenne). — *Presse médicale*, 30 mars 1904.

Eichhorst. — *Virchow's Arch.*

Ehrenhaft. — *Klin. Terap. Woch.*, 1899.

Eddowes. — *British Journ. of Dermat.*, août 1889.

Fortassin. — Thèse de Paris, 1904.

Fronda. — Il Manicomio, 1893.

Féré (Ch.). — La pelade post-épileptique, 1895.

— *Annales de Derm. et Syph*, 1893.

Feulard. — *Annales de Derm. et Syph*, 1887, 1897.

Frédet. — *Archives générales de méd.*, 1879.

Fournier. — Leçons, 1873.

— Congrès international 1900.

Gaucher. — Traité des maladies de la peau.

Gaston. — *Société de Dermatologie*, 1903.

Granghee, Comby et Marfan. — Maladies des enfants, T. II.

Grancher et Besnard. — *Ann. Derm. et Syph.*, 1899.

Guermonprez. — *Journal des Sc. Médic. de Lille*, 1881.

Gruby — Compte rendu Académie des Sc. 1845.

Goldfarb. — *Monatshefte für prakt. D.* 1897.

Giovannini. — *Annales de D. et S.* 1891.

Gillette. — *Gazette méd.*, Paris, 1839.

Germain. — Thèse Bordeaux, 1896.

Gébert. — *Annales de D. et Syph.* 1897.

Hubert. — *Deutch Arch. f. Klein.*, 1870.

Hebra et Kaposi. — Traité des maladies de la peau, 1874.

Horand. — *Annales de Derm. et Syph.* 1875.

— Etat actuel de la question de la pelade, 1898.

Hyde. — Diseases of the skin.

Hollborn. — Centralbl. für Bacter, 1895.

Heuss. — Monatsh. f. prakt. D., 1896.

Hallopeau et Bureau. *Annales de D. et S.*

— Rapport du Congrès de Lisbonne, 1906.

Hutchinson. — *Annales de D. et S.*, 1896.

Jamieson. — *Dis. of the skin.*

Jacquet (L.) *Annales de Derm. et Syph.* 1900.

— — — avril 1901.

— — — fév. 1902.

— — — janvier 1906.

— — — février 1906.

— — — mars 1906.

— *Société de Derm. et Syph.* 8 nov. 1900.

— — — 2 mai 1901.

— — — 5 juin 1902.

— *Société médicale des Hôpit.* 7 mars 1902.

— — — 11 juillet 1902.

— *La Clinique*, 1908. Pages 593 et 800.

— Congrès international de Paris 1900.

Jacobi. — Atlas annoté par le Professeur Gaucher.

Jannesco et Floresco. — *Archives des Sciences médicales.* Bucarest, 1900.

Jadassohn. — Congrès international 1900.

Janselme. — *Annales de Derm. et S.*, 1899.

Joulie. — Urologie pratique, 1901.

Jersild. — *Annales de Dermat. et S.*, 1899.

Kopp. — Congrès médical de Strasbourg 18 sept. 1885.

Klotz. — *Journ. of cutan. genurin. diseases.* Décembre 1897.

KOHN. — *Monatsh. f. prakt. D.*, 1896.

LASNE-DESVAREILLES. — Thèse Paris, 1902.

LEGENDRE. — *Archives de médecine*, 1850.

LASSAR. — Congrès intern. 1901.

— *Therapeut. Monatsh.*, déc. 1888.

LEDERMANN. — *Annales de Derm. et S.*, 1901.

LELOIR. — *Gazette des Hôpitaux*, 30 juin 1888.

— *Bulletin Académie de méd.*, 1888.

LEWIN. — *Charité Annalen*, 1884.

LAILLER. — Leçons sur les Teignes, 1877.

LETURC. — Considér. sur la nature et le trait. de la Pelade, 1878.

MARTHA. — *Archives génér. de Méd.*, nov. 1891.

MORAT et DOYON. — *Bulletin de l'Académie des sciences*. 23 juin 1897.

MAX (Joseph). — Congrès scient. de Berlin 1886.

— *Monatsh. f. prakt. D.* 1886.

MIRIBELLI. — Sulla patogen. delle alopecia areata, 1887.

MULLER. — In thèse de Plattner, Zurich 1890.

— *Correspondenzblatt für schw. Aerte*, 1891.

MORTON. — *Journ. of Cut. and gen.-urin. diseases*, mai 1895.

MICHELSON. — *Wolkmann's Kin. Volrtz.* 1877.

MALASSEZ. — *Archives de physiologie normale et pathol.*, 1874.

— Les champignons de la pelade, 1874.

MANASSÉINE. — *Annales de D. et Syph.*, 1894.

MOSKOLENKO et FER GREGORIANTZ. — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1899.

MOREL-LAVALLÉE. — *Annales de Dermal. et Syphil.*, 1893.

MACKENSIE. — *British med. Journ.*, 1895.

MULLER (H.). — Thèse Plattner.

MARTIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1895.

NACHTIGALL. — *Miltheilungen aus der Würzburger Klinik.*

NIKOLSKY. — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1901.

NIMIER. — Folliculite parasitaire tonsurante. *Gazette hebdomad.*, 1890.

NAPIER. — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1889.

OLLIVIER. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, févr. 1887.

PERNET. — *British Journ. of Derm.*, 1900.

PELLIZARI. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1884.

PAVLOFF. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, février 1887.

— Rapport du Congrès intern. de Dermatol. Paris, 1900.

PONTOPPIDAN, — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1889.

PYE SMITH. — Inaug. diss. Zurich, 1890.

PRINGLE. — *Derma. Soc. of London*, 1898.

PANICHI. — *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1897.

QUINQUAUD. — *Bulletin de la Soc. méd. Hôpit.*, 1888.

ROUSSEAU-DECELLE. — *Presse médicale*, 1909.

RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1835.

RENAUT, — Traité pratique d'histologie.

ROBINSON. — *Monatsh. für prakt. Derm.*, 1888.

ROMBERG. — Diction. encycl. Sc. méd.

ROSENTHAL. — *Berl. Klin. Woch.*, 1889.

RILLE. — *Arch. für D. et Syph.*

RODIONOFF. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1895.

SABOURAUD. — Traité des maladies de l'enfance.

— Problème étiologique de la pelade. *Clinique* 1908, p. 517.

— Nouvelles recherches. *Annales de Derm. et Syphil.*, 1910, p. 545.

— *Annales de Dermatologie*, février 1911.

— Id. 1896.

Sabouraud. — Congrès intern. de Derm. Paris 1900.

Stowers. — Viertelj. für Dermat. und S. 1888.

Samuel. — *Virchow's Arch.*,

Schweninger et Buzzi. — *Charité Annalen.*

Strowers.— *Brit. J. of Derm.* Janvier 1897.

Schutz. — *Munch med. Woch.*, 1889.

Sénator. — *Charité Annalen*, 1889.

Sauvage et Lacroix. — Nosographia methodica sistens morborum classes. Genève 1769.

Tilbury Fox. — Skin Diseases, 1873.

Thin. — *British med. Journal*, 1882.

Tommavoli. — *Viertelj. f. Derm.*, 1887.

Tyson. — *Alop univers.* février, 1886.

Tsakiris. — *Medic. mod.*, 1894.

Unna. — Histopathologie.

— et P. Taenzer. — Uber die Alopecia areata.

Von Sehlen. — *Wirchow's Arch.*, 1885.

Vaillard et Vincent. — *Annales de l'institut Pasteur.*

Whitehouse. — *Journal of cut. and gen.-urin. diseases* oct. 1893.

Ziegler. — *Arch. für Derm. und Syph.*, 1897.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Historique 11

CHAPITRE II. — La Pelade contagieuse et parasitaire 15

CHAPITRE III. — La Pelade d'origine dentaire 25

CHAPITRE IV. — Hypothèse sur l'origine de la Pelade 39

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS 47

CONCLUSIONS 81

BIBLIOGRAPHIE 83

RENNES

IMPRIMERIE BREVETÉE FRANCIS SIMON